

## بررسی اثر خدمات توانبخشی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس

بهرام سنگلجی<sup>۱</sup>، نیکتا حاتمی زاده<sup>۲</sup>، فرنوش رشوند<sup>۳</sup>، انوشیروان کاظم نژاد<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، بخش توانبخشی انجمن ام اس ایران، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه آموزشی بالینی و مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکترای آموزش پرستاری دانشکده، پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، مربی گروه داخلی و جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران
۴. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) بیماری مزمن پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که دارای علائم و عوارض ناتوان کننده می باشد. با توجه به عوارض و مشکلات ناشی از این بیماری، آموزش و مداخلات مناسب از جمله توانبخشی با همکاری متخصصین مختلف، در این بیماران لازم است. هدف از این پژوهش تعیین اثر خدمات توانبخشی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس است.

**مواد و روش ها:** در این پژوهش کار آزمایشی بالینی مجموعاً ۱۳۰ نفر شامل ۶۵ نفر گروه مداخله و ۶۵ نفر گروه شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه ها به صورت تصادفی از بین مراجعه کنندگان به انجمن ام اس ایران انتخاب شدند. گروه شاهد افرادی بودند که از لحاظ سن، جنس، نوع بیماری و مدت زمان شروع آن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات با گروه مداخله مشابه بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ۳ بخشی بود. اولین قسمت شامل اطلاعات جمعیت شناسی، دومین قسمت ابزار "کیفیت زندگی ام اس ۵۴ سوالی" MSQOL-54 (Multiple Sclerosis Quality Of Life) بود که در سه بخش کلی و در ۱۴ زیر گروه طبقه بندی شده بودند و امکان امتیاز بندی با طیف نمره صفر تا صد در هریک از زیر گروه ها وجود داشت. سومین قسمت شامل ترجمه فارسی ابزار "مقیاس تعیین درجه بیماری" PDDS (The Patient Determined Disease Steps) بود، این پرسشنامه برای ارزیابی درجه معلولیت بیماران مبتلا به ام اس طراحی شده است. کاربرد این پرسشنامه جهت جور کردن واحد های مورد پژوهش از لحاظ درجه ناتوانی بود تا نمونه ها در هر دو گروه جور شوند. در نهایت نمره آن به مقیاس سطح ناتوانی مبسوط EDSS (Expanded Disability Status Scale) (که فقط باید توسط پزشک تکمیل می شد) تبدیل گردید. همبستگی نمرات دو ابزار EDSS و PDDS بر اساس آزمون اسپیرمن ۰/۹۵ بود. جهت پائینی ابزار "کیفیت زندگی ام اس ۵۴ سوالی" ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ محاسبه شد و جهت پائینی ابزار "تعیین درجه بیماری ضریب" آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶ محاسبه شد. پس از گذشت سه ماه و حداقل ۸ نوبت مراجعه افراد گروه مداخله به مرکز و دریافت خدمات بر اساس برنامه طراحی شده دوباره هر دو گروه ابزار MSQOL-54 را تکمیل نمودند. سپس تغییرات کیفیت زندگی دو گروه مداخله و شاهد با هم مقایسه شد. از نرم افزار اس پی اس ۱۶ و آزمون تی تست و ضریب همبستگی پیر سون جهت تحلیل داده ها استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد تغییرات نمره تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد فعالیت های شناختی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد معنادار بود. ( $P < 0.005$ ) در گروه مداخله نمره کیفیت زندگی بر اساس ابزار مذکور در بعد جسمی ۸/۰۴ نمره و بعد روانی ۷/۷ نمره ( $P < 0.001$ ) افزایش یافته بود. همچنین میزان فعالیت های اجتماعی در گروه مداخله بیش از گروه شاهد بود.

**نتیجه گیری:** استفاده از الگوی توانبخشی چند رشته ای مرکز حیات نو در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس موثر است. این افزایش با توجه به نتایج سایر مراکز توانبخشی در سراسر جهان چه بصورت سرپایی و یا بستری قابل توجه بوده است.

**کلید واژه ها:** ام اس، خدمات توانبخشی چند رشته ای، کیفیت زندگی

### مقدمه

عضلانی، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندامها، اختلال در دفع ادرار و مدفوع، اختلال در عملکرد جنسی، اختلال در تعادل، فراموشی، کاهش شنوایی، کرختی، تاری دید، دوبینی در فرد بیمار می شود. علت بیماری ام اس ناشناخته است. (Smeltzer & Bare، ۲۰۰۸) بیماران به دلیل وجود چنین مشکلاتی تمایل کمتری برای حضور در جامعه نشان می دهند (Jeffrey، ۲۰۰۳).

بیماری ام اس یک بیماری مزمن و پیشرونده سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی

\*نویسنده مسئول مکاتبات: فرنوش رشوند. ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، گروه پرستاری.

افرادی که فقط از دارو استفاده کرده بودند، بهبودی بیشتری داشتند.

بر اساس توصیه نامه ۲۰۰۴ انجمن جهانی ام اس، تمامی پزشکان و دستیاران بایستی بیماران مبتلا به ام اس را به تیم توانبخشی معرفی کنند. تا از کمک تیم در افزایش و بهبود وضعیت بدنی، سلامتی و کیفیت زندگی خویش بهره مند شوند. مطالعات متعدد موید تاثیر مداخلات توانبخشی به تنهایی و به همراه درمان های دارویی در کاهش خستگی، درد، مشکلات حرکتی، بلع، تنفس، مشکلات ادراری و دفعی، افزایش فعالیت زندگی روزمره و ارتباط با دیگران، کاهش افسردگی و سایر مشکلات خلقی و شناختی می باشد و همچنین باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس می گردد (Umphred, ۲۰۰۷). با توجه به موارد مذکور پژوهشگران بر آن شد مطالعه ای تحت عنوان بررسی اثر خدمات توانبخشی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس انجام دهد.

#### مواد و روش ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی دو گروهی (گروه شاهد و مداخله) قبل و بعد است. در این پژوهش مجموعاً ۱۳۸ نفر شامل ۷۳ نفر در گروه مداخله و ۶۵ نفر در گروه شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه ها به صورت تصادفی از بین مراجعه کنندگان به انجمن ام اس ایران انتخاب شدند که از لحاظ سن، جنس، نوع بیماری و مدت زمان شروع آن با همدیگر مشابه بودند. همچنین در حد امکان از لحاظ وضعیت تاهل و سطح تحصیلات مشابه سازی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ۳ قسمتی بود. در اولین قسمت مشخصات شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، مدت زمان شروع بیماری و نوع بیماری ام اس ثبت شد. دومین ابزار جمع آوری داده ها، "مقیاس کیفیت زندگی بیماران ام اس ۵۴ سئوالی" (MSQOL-54 Sclerosis Quality Of Life) بود که در سه بخش کلی و در ۱۴ زیر گروه طبقه بندی شده بودند و امکان امتیاز بندی با طیف نمره صفر تا صد در هر یک از زیر گروه ها، سه بخش کلی و کل ابزار وجود داشت. سومین قسمت شامل نسخه فارسی ابزار "تعیین درجه بیماری بیمار" (PDDS The Patient Determined Disease Steps) بود، این مقیاس برای ارزیابی درجه معلولیت بیماران مبتلا به ام اس طراحی شده است، لازم به ذکر است "مقیاس شرایط ناتوانی مبسوط" (Expanded Disability Status Scale) نیز جهت ارزیابی درجه معلولیت بیماران مبتلا به ام اس طراحی شده که توسط پزشک متخصص تکمیل

تعداد مبتلایان در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر برآورد می شود (Lance, ۲۰۰۴). تعداد مبتلایان براساس گزارش های تائید نشده بین ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر تخمین زده می شود (زهرة وند، ۱۳۸۳). سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع این بیماری را در ایران در حدود ۴۰ تا ۵۵ نفر در هر صد هزار نفر ذکر می کند (ادیب زاده، ۱۳۸۴). در هر حال این بیماری که بیشتر بالغین جوان و میانسال را مبتلا می کند، حدود دو سوم موارد آن را زنان تشکیل می دهند و کلیه ابعاد زندگی فرد از جمله توانایی جسمی، وضعیت روانی، کار و اشتغال، زندگی خانوادگی، فعالیت های اجتماعی و بالاخره کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد (Adams, ۲۰۰۵). کیفیت زندگی موضوع پیچیده ای است که ارائه تعریفی واضح و روشن برای ارتقاء کیفیت زندگی کار دشواری است. شاید بتوان گفت راه ارتقاء کیفیت زندگی آن است که به افراد کمک می کند تا بتوانند توانایی هایشان را با انتخاب بهترین راه و روش افزایش دهند. کیفیت زندگی بهترین معیار اندازه گیری توان فرد برای سازگاری موفقیت آمیز با چالش های موجود در دنیای واقعی است (Draper, ۱۹۹۷). درمان قطعی برای بیماری وجود ندارد. ولی درمان انتخابی برای این گروه از بیماران استفاده همزمان انواع داروهای کم کننده شدت و عوارض بیماری با روش های مختلف توانبخشی است.

توانبخشی فرآیندی است که در طی آن فرد بر ناتوانی های جسمی یا روانی، محدودیت های محیطی و اضطراب های ناشی از آن غلبه می کند و حداکثر توانایی های جسمی، روانی، شغلی، اجتماعی و تحصیلی خود را افزایش می دهد. (Jeffrey, ۲۰۰۳). درمان های توانبخشی به طور عام از شاخه های مختلفی تشکیل شده، این شاخه ها شامل: فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، مشاوره و سایر روش های توانبخشی جسمی و روانی است (Umphred, ۲۰۰۷). در توانبخشی بیماران مبتلا به ام اس طراحی کل نگر حیاتی لازم به نظر می رسد، زیرا بیماری ام اس کل مجموعه بدن فرد شامل جسم و روان را درگیر می کند و در نتیجه نمی توان فقط با انجام مداخله در یکی از اجزاء نتیجه لازم و کافی را به دست آورد (Cook, ۲۰۰۵). در تایید موارد فوق Gold & Schulz (۲۰۰۴) در پژوهش خود اثر مثبت انواع تمرین درمانی را در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران نشان داد. همچنین پژوهش Cerige & Young (۲۰۰۳) نشان داد که در بیماران مبتلا به ام اس تحت استروئید درمانی پس از سه ماه دریافت همزمان داروهای کنترل شده، حملات توانبخشی نسبت به

مربوط به کاهش لکنت زبان و برنامه کار درمانی شامل تمریناتی برای ارتقاء حرکات ظریف (fine movement) بهبود عملکرد اندام فوقانی، آموزش انجام فعالیت های روزمره زندگی و در نهایت آموزش های مربوط به شناخت و حافظه بود. ضمناً تمرینات در منزل نیز قابل انجام بود. در گروه مداخله ۸ نفر خدمات توانبخشی را به علت تشدید بیماری در حداقل قابل قبول انجام ندادند و از گروه حذف شدند. در نهایت هر دو گروه با تعداد مساوی ۶۵ نفر دوره پژوهشی را به پایان رساندند. جهت و تحلیل داده ها از روش های نرم افزار آماری اس پی اس اس ۱۶ آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار) و آمارهای استنباطی تی تست و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

#### یافته ها

۱۳۰ بیمار در دو گروه مداخله و شاهد مورد پژوهش قرار گرفتند که از نظر جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و نوع بیماری ام اس، همتا انتخاب شده بودند. در هر دو گروه نسبت مرد به زن ۱ به ۳ بود. میانگین سن گروه مداخله ۴۰/۳ سال و در گروه شاهد ۳۹/۱ سال بود. حداکثر و حداقل سن در گروه مداخله به ترتیب ۶۲ و ۱۹ سال و در گروه شاهد ۶۲ و ۱۷ سال بود. همچنین از زمان شروع بیماری در گروه مداخله ۹/۷۵ و در گروه شاهد ۹/۷ سال گذشته بود. ۷۳ درصد از افراد مورد مطالعه مبتلا ام اس بودند. بیش از ۸۰ درصد افراد مورد مطالعه تحصیلات در سطح دیپلم و یا تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیش از ۶۰ درصد از افراد مورد مطالعه متاهل بودند و تنها در حدود ۶ تا ۷ درصد افراد از همسر خود جدا شده بودند.

همچنین با در نظر گرفتن خطای ۰/۰۵ درصد تفاوت معنی داری بین میانگین نمره ابزار "تعیین درجه بیماری بیمار" (The Patient Determined Disease Steps) PDDS دو گروه قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد. نتایج آزمون تی تست نشان داد، بین دو گروه در بعدهای سلامت جسمی، مشکل در انجام کار به دلایل جسمی، درد، انرژی و خستگی، تلقی از سلامتی، تغییر در سلامتی و رضایت از فعالیت های زناشویی همچنین در بعد کیفیت زندگی جسمی و نمره کلی کیفیت زندگی تفاوت معنا دار وجود داشت. ( $P < 0.05$ ) به این معنا که در همه موارد فوق، نمره کیفیت زندگی در گروه شاهد قبل از انجام مداخله از گروه مداخله بالاتر بوده است.

می شود در نتیجه جهت سهولت کار ابزار "تعیین درجه بیماری بیمار" (The Patient Determined Disease Steps) PDDS توسط پژوهشگر تکمیل و نمره آن به ابزار EDSS تبدیل گردید. کاربرد این مقیاس در مطالعه حاضر جهت جور کردن واحد های مورد پژوهش از لحاظ درجه ناتوانی بود تا نمونه ها در هر دو گروه جور شوند. همبستگی نمرات دو آزمون ابزار "مقیاس شرایط ناتوانی مبسوط" EDSS (Expanded Disability Status Scale) و ابزار "تعیین درجه بیماری" The Patient Determined Disease Steps PDDS بر اساس آزمون اسپیرمن ۰/۹۵ بود. ابزار "تعیین درجه بیماری" (PDDS) The Patient Determined Disease Steps شامل ۹ توضیح درباره یک مرحله از بیماری بود. جهت پایائی پرسشنامه کیفیت زندگی ام اس ۵۴ ستوالی ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶ و پایائی ابزار تعیین درجه بیماری ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ محاسبه شد. در این پژوهش هر گزینه که به وضعیت بیمار شبیه تر بود انتخاب می شد. در گروه مداخله ابتدا پرسشنامه ها توسط بیماران تکمیل، سپس هر یک از بیماران در گروه مداخله حداقل ۸ جلسه طی ۳ ماه توسط درمانگر از خدمات توانبخشی چند رشته ای یا چند بعدی مرکز حیات نو که شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی، مشاوره (روان شناسی) و مددکاری بود، استفاده می کردند. هر جلسه بین ۲ تا ۳ ساعت ۳ روز در هفته بطول انجامید.

در این روش بیماران پس از معاینه توسط فیزیوتراپ و تشخیص مشکلات و ناتوانایی آنها در بدو ورود از خدمات مشاوره ای برخوردار می شدند. پس از آن یک جلسه مشاوره تیمی با حضور فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتار درمانگر و مشاور (روان شناس) برگزار می شد، هدف از جلسات مشاوره بررسی وجود و نوع مشکلات روانی ناشی از بیماری بود. تعداد جلسات توانبخشی بر اساس نظر پزشک معالج تعیین می شد. برنامه فیزیوتراپی شامل: انجام تمرینات ایروبیک و استقامتی برای افزایش کارائی سیستم قلبی و عروقی و غلبه بر خستگی، تمرینات تعادلی و اصلاح الگوی راه رفتن، تمرینات مربوط به قوی کردن تون عضلانی، تمرینات تقویتی عضلات، تمرینات کششی، استفاده از تحریکات الکتریکی برای تقویت تون عضلانی و باز آموزی عضلات، استفاده از تحریکات الکتریکی برای بهبود وضعیت اسفنکتری و آموزش تمرینات مربوط به افزایش توان کنترل اسفنکتر و برطرف کردن درد بیماران بود. برنامه گفتار درمانی شامل تمرینات مربوط به افزایش توان تنفسی و کاهش انقباض تارهای صوتی و همچنین تمرینات

جدول ۱: مقایسه نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس قبل و بعد از انجام مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

| ابعاد کیفیت زندگی                |                           |       | گروه آزمون |                           |       | گروه شاهد |                           |     |
|----------------------------------|---------------------------|-------|------------|---------------------------|-------|-----------|---------------------------|-----|
|                                  | متوسط تفاضل نمره          | STD   | p          | متوسط تفاضل نمره          | STD   | p         | متوسط تفاضل نمره          | STD |
|                                  |                           |       |            |                           |       |           |                           |     |
|                                  | کیفیت زندگی بعد از مداخله |       |            | کیفیت زندگی بعد از مداخله |       |           | کیفیت زندگی بعد از مداخله |     |
| سلامت جسمی*                      | ۷/۵۱                      | ۱۰/۷۹ | ۰/۰۰۰      | -۱/۹۸                     | ۷/۲۲  | ۰/۰۳۰     |                           |     |
| مشکل در انجام کار به دلایل جسمی* | ۶/۹۲                      | ۲۰/۹۶ | ۰/۰۱۰      | -۱/۷۰                     | ۱۸/۵۰ | ۰/۴۶۰     |                           |     |
| مشکل در انجام کار به دلایل روانی | ۸/۷۲                      | ۳۳/۹۴ | ۰/۰۴۲      | -۱۰/۵۲                    | ۳۳/۱۴ | ۰/۰۱۳     |                           |     |
| درد*                             | ۳/۹۶                      | ۱۲/۹۳ | ۰/۰۱۶      | -۵/۰۷                     | ۱۱/۶۶ | ۰/۰۰۱     |                           |     |
| خوب بودن                         | ۴/۵۴                      | ۹/۸۳  | ۰/۰۰۰      | ۰/۶۴                      | ۷/۳۹  | ۰/۴۸۴     |                           |     |
| انرژی و خستگی*                   | ۵/۸۳                      | ۱۰/۲۴ | ۰/۰۰۰      | -۱/۹۳                     | ۱۰/۱۳ | ۰/۱۲۸     |                           |     |
| تلقی از سلامتی*                  | ۵/۴۲                      | ۱۱/۴۶ | ۰/۰۰۰      | -۲/۰۶                     | ۱۱/۱۵ | ۰/۱۴۱     |                           |     |
| فعالیت های اجتماعی*              | ۳/۵۴                      | ۱۲/۸۴ | ۰/۰۳۰      | -۲/۳۳                     | ۱۰/۶۹ | ۰/۰۸۳     |                           |     |
| فعالیت های شناختی                | ۱/۸۴                      | ۱۰/۷۳ | ۰/۱۷۰      | -۰/۰۷                     | ۱۱/۹۷ | ۰/۹۵۹     |                           |     |
| نگرانی از سلامتی                 | ۸/۳۰                      | ۱۶/۰۳ | ۰/۰۰۰      | -۳/۰۷                     | ۱۳/۸۲ | ۰/۰۷۸     |                           |     |
| فعالیت های جنسی*                 | ۲/۹۴                      | ۸/۱۰  | ۰/۰۰۵      | -۲/۹۸                     | ۱۱/۷۹ | ۰/۰۴۵     |                           |     |
| تغییر در سلامتی                  | ۲۰/۳۸                     | ۲۰/۶۷ | ۰/۰۰۰      | -۶/۹۲                     | ۲۱/۸۷ | ۰/۰۱۳     |                           |     |
| رضایت از فعالیت های زناشویی      | ۷/۶۹                      | ۱۷/۶۳ | ۰/۰۰۱      | -۲/۶۹                     | ۱۵/۳۸ | ۰/۰۱۶۳    |                           |     |
| کیفیت زندگی از دید بیمار         | ۵/۱۱                      | ۱۱/۷۰ | ۰/۰۰۱      | -۳/۱۵                     | ۸/۳۲  | ۰/۰۰۳     |                           |     |
| کیفیت زندگی جسمی                 | ۵/۴۱                      | ۸/۱۲  | ۰/۰۰۰      | -۲/۶۳                     | ۷/۱۹  | ۰/۰۰۴     |                           |     |
| کیفیت زندگی ذهنی                 | ۶/۱۳                      | ۱۰/۰۱ | ۰/۰۰۰      | -۱/۶۴                     | ۷/۷۶  | ۰/۰۹۲     |                           |     |
| نمره کلی کیفیت زندگی             | ۶/۳۹                      | ۶/۲۴  | ۰/۰۰۰      | -۲/۶۹                     | ۷/۲۱  | ۰/۰۰۴     |                           |     |

جدول ۲: تفاوت تغییرات گروه مداخله و شاهد قبل و بعد گروه مداخله- قبل و بعد گروه شاهد

| ابعاد کیفیت زندگی                | مقدار تفاوت | P     |
|----------------------------------|-------------|-------|
| سلامت جسمی                       | ۹/۴۹        | ۰/۰۰۰ |
| مشکل در انجام کار به دلایل جسمی  | ۸/۶۲        | ۰/۰۱۴ |
| مشکل در انجام کار به دلایل روانی | ۱۹/۲۴       | ۰/۰۰۴ |
| درد                              | ۹/۰۳        | ۰/۰۰۰ |
| خوب بودن                         | ۳/۹         | ۰/۰۱۲ |
| انرژی و خستگی                    | ۷/۷۶        | ۰/۰۰۰ |
| تلقی از سلامتی                   | ۷/۴۸        | ۰/۰۰۰ |
| فعالیت های اجتماعی               | ۵/۸۷        | ۰/۰۰۵ |
| فعالیت های شناختی                | ۱/۹۱        | ۰/۳۳۷ |
| نگرانی از سلامتی                 | ۱۱/۳۷       | ۰/۰۰۰ |
| فعالیت های جنسی                  | ۵/۹۲        | ۰/۰۰۱ |
| تغییر در سلامتی                  | ۲۷/۳        | ۰/۰۰۰ |
| رضایت از فعالیت های زناشویی      | ۱۰/۳۸       | ۰/۰۰۰ |
| کیفیت زندگی از دید بیمار         | ۸/۲۶        | ۰/۰۰۰ |
| کیفیت زندگی جسمی                 | ۸/۰۴        | ۰/۰۰۰ |
| کیفیت زندگی روانی                | ۷/۷۷        | ۰/۰۰۰ |
| نمره کلی کیفیت زندگی             | ۹/۰۸        | ۰/۰۰۰ |

همانگونه که ملاحظه می شود کیفیت زندگی گروه مداخله افزایش معنا دار نشان می دهد و تنها در بعد فعالیت های شناختی شاهد تغییر معنا دار دیده نشد. از طرف دیگر در گروه پس از گذشت سه ماه در ۶ بعد (سلامت جسمی، مشکل در انجام کار بر اثر دلایل روانی، درد، فعالیت های جنسی، تغییر در سلامتی و کیفیت زندگی از دید بیمار) و همچنین بعد جسمی و نمره کلی کیفیت زندگی دچار افت معنادار کیفیت زندگی شده اند. نکته اساسی در این قسمت مثبت شدن تمامی تفاضل های گروه آزمون بود که در تمامی ابعاد بجز فعالیت های، شناختی معنادار بود. بیشترین تغییر در گروه آزمون در بعد تغییر در سلامتی رخ داد. که میزان تغییرات ۲۰/۳۸ ( $P < ۰/۰۰۰$ ) بود. کمترین میزان تغییر معنادار مربوط به فعالیت های جنسی به میزان ۲/۹۴ ( $P = ۰/۰۰۵$ ) و درد به میزان ۳/۹۶ ( $P = ۰/۱۶$ ) بوده است. بیشترین میزان تغییر در گروه شاهد مربوط به مشکل در انجام کار به دلایل روانی با تغییری به میزان ۱۰/۵۲ ( $P = ۰/۰۱۳$ ) بود. همچنین در جدول ۲ که مقایسه تغییرات ایجاد شده در کیفیت زندگی دو گروه مداخله و شاهد را نشان می دهد، ملاحظه می شود بجز در بعد فعالیت های شناختی، در سایر ابعاد دیگر مداخله منجر به ارتقاء کیفیت زندگی شده و این تفاوت در هر دو بعد

جسمی و ذهنی و نمره کلی کیفیت زندگی ( $P=0/000$ ) معنا دار است. همچنین در گروه مداخله بین تعداد جلسات درمانی و میزان ابزار "مقیاس شرایط ناتوانی مبسوط" EDSS (Expanded Disability Status Scale) همبستگی (پیرسون) معنادار ( $P<0/001$ )  $r=0/856$  وجود داشت. به این معنا که با افزایش میزان ابزار "مقیاس شرایط ناتوانی مبسوط" EDSS (Expanded Disability Status Scale) تعداد جلسات درمانی هم افزایش یافته است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که ۷۳/۳ درصد از بیماران را زنان تشکیل می دادند. نتایج مقایسه کیفیت زندگی در گروه های مداخله و شاهد بیانگر بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد در تمامی ابعاد، بجز بعد فعالیت های شناختی بود. به بیان دیگر، گروه شاهد در مقایسه با قبل از شروع آزمایش و در طول ۳ ماه، دچار پسرقت معنادار در بعد کیفیت زندگی جسمی و نمره کل کیفیت زندگی و شش بعد (سلامت جسمی، مشکل در انجام کار بر اثر دلایل روانی، درد، فعالیت های جنسی، تغییر در سلامتی و کیفیت زندگی از دید بیمار) شده بود حال آنکه گروه مداخله در تمامی ابعاد و ابعاد کیفیت زندگی، بجز عملکرد شناختی، نسبت به قبل از مداخله، پیشرفت معنادار را نشان داد. مقایسه دو گروه آزمون و شاهد در زمینه تعداد جلسات درمانی نیز نشان داد که بیشترین خدماتی که گروه شاهد به آن نیاز داشته اند به ترتیب کار درمانی، روانشناسی و فیزیوتراپی بوده است. ۳۵ درصد از بیماران با آنکه نیاز قطعی به توانبخشی داشته اند اما آن را انجام نداده اند. این میزان در خدمات کار درمانی و فیزیوتراپی بیشتر از سایر خدمات بود. این مورد می تواند به این دلیل باشد که فرد علیرغم آنکه از علائم با خبر است ولی نمی داند که این علائم را با توانبخشی می توان برطرف کرد (Cook, ۲۰۰۵). مطالعه Patti (۲۰۰۳) نشان داد که مداخلات توانبخشی باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی در ابعاد جسمی ( $p<0/05$ ) و ذهنی ( $p<0/001$ ) شد. مطالعه Rasova (۲۰۰۵) رابطه معناداری بین میزان تحصیلات و تغییرات کیفیت زندگی بیماران مشاهده نشد.

یافته های دیگر پژوهش حاضر نشان داد که در بین سایر ابعاد بیشترین تغییر در گروه مداخله در بعد تغییر وضعیت سلامتی دیده شد که میانگین نمره ۲۰/۳۸ افزایش یافت. حال آنکه این میزان در گروه شاهد ۶/۹۲ کاهش یافته بود. همچنین یافته های دیگر پژوهش نشان داد که دومین تفاوت قابل توجه

در بین دو گروه مداخله و شاهد، در بعد محدودیت کار به دلیل مشکلات روانی ۱۹/۲ نمره دیده شد. در پژوهش Solari (۱۹۹۹) با عنوان تمرینات بدنی تأثیرات مثبت بر ناتوانی بیماران مبتلا به ام اس دارد، این تغییر مشاهده شده به دلیل متفاوت بودن ابزار سنجش در حدود ۱۶ نمره برآورد شده بود. این تغییرات می تواند ناشی از انجام مشاوره های روانی و آموختن این نکته به بیماران باشد که اگرچه نقایص و مشکلاتی در زندگی و کار بیماران پیش آمده، ولی هنوز توانایی های بسیاری برای بیماران باقی مانده است بعد نگرانی از وضعیت سلامتی پس از دو بعد فوق بالاترین مقدار تغییر ۱۱/۳ نمره را نشان دارد. این بعد تنها بعدی است که نمره آن در هر دو بعد کیفیت زندگی جسمی و روانی تأثیر گذار است (Lance, ۲۰۰۴). در پژوهش Patti (۲۰۰۳) با توجه به تفاوت ابزار سنجش در حدود ۱۰ نمره گزارش شده است. این بعد می تواند علامت خوب و تعیین کننده ای برای بهبود وضعیت بیمار باشد. زیرا از یک سو بایستی نگرش بیمار به بیماری بهبود پیدا کرده باشد و بیمار برای مواجه با بیماری از روحیه بالاتری نسبت به قبل برخوردار شده باشد و از سوی دیگر بایستی تغییری در وضعیت فیزیکی بیمار رخ داده باشد تا این نگرش پایدار مانده و تقویت شود (Schulz & Gold, ۲۰۰۴).

یافته های دیگر حاکی از آن بود که مداخله انجام شده در این پژوهش باعث افزایش ۵/۸ نمره ای بعد فعالیت های اجتماعی شد که در پژوهش (Rasova, ۲۰۰۵) نیز باعث افزایش نمره کیفیت زندگی این بعد شده بود. یافته های دیگر نشان داد که مداخلات انجام شده تغییرات معنا دار در بعد خوب بودن را نیز بدنبال داشت که مقدار آن بطور متوسط حدود ۳/۹ بود. در پژوهش Somers (۲۰۰۲) نیز مداخلات انجام شده باعث ارتقاء کیفیت زندگی در این بعد شده بود. به نظر می رسد این بهبود نتیجه ایجاد انگیزه برای بیماران و انجام دقیق و مرتب مشاوره با آنان بوده است.

بعلاوه، یافته های پژوهش نشان داد که در هر دو بعد فعالیت های جنسی و رضایت از فعالیت های جنسی، تغییرات مشاهده شده مثبت و معنادار بود. شاید علت این تغییر، ارجاع بیماران به کلینیک های ناتوانی جنسی بدنبال اعلام مشکل جنسی در نوبت اول سنجش کیفیت زندگی باشد. (۱۴ نفر از بیماران ارجاع داده شدند) و شاید دلیل آن افزایش توان عمومی فرد بدنبال توانبخشی باشد، چرا که فعالیت های جنسی بشدت با توان جسمی و بدنی فرد در ارتباط است (Jeffrey, ۲۰۰۳). شاید دلیل آن ارتقاء روحیه و کاهش افسردگی بیماران در اثر مداخلات بوده باشد؛ چرا که فعالیت های جنسی با روحیه و

در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری ام اس از خود بجا بگذارد خدمات توانبخشی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس در هر دو بعد جسمی و ذهنی موثر است. همچنین این الگو توانسته است که ارتباطات اجتماعی بیماران را افزایش دهد و باعث ارتقاء فعالیت های اجتماعی افراد مبتلا به ام اس شود. لذا به نظر می رسد نتایج این پژوهش می تواند الگوی خوبی برای انجام خدمات توانبخشی برای بیماران مبتلا به ام اس و حتی سایر بیماران مزمن باشد.

### تشکر و قدر دانی

نگارندگان این مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از انجمن MS ایران، مسئولین و بیماران عضو انجمن ابراز می دارند. ضمناً این طرح با شماره ۸۰۱/۴/۸۹/۱۱۲۰ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران در تاریخ ۱۳۸۹/۴/۲۸ تصویب شده است.

میزان افسردگی بیماران رابطه مستقیم دارد (Adams, ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که الگوی توانبخشی به کار رفته در این پژوهش در بعد جسمی کیفیت زندگی اثری بیش از بعد ذهنی کیفیت زندگی از خود بجای گذاشت بود. اما در هر حال افزایش معنا دار نمره کیفیت زندگی در هر دو بعد مشاهده شد. در پژوهش Khan (۲۰۰۷) نیز خدمات توانبخشی چند رشته ای در بیماران مبتلا به ام اس افزایش کیفیت زندگی در هر دو بعد جسمی و ذهنی به همراه داشت (Khan, ۲۰۰۷).

خدمات توانبخشی به عنوان یک روش چند رشته ای برای بیماران غیر بستری توانسته است از بعضی جهات مشابه روش های بستری مفید واقع شود. همانگونه که پژوهش Patti (۲۰۰۳) نشان داد روش های چند رشته ای در بیماران بستری شده در آسایشگاه های توانبخشی توانسته اثر مثبتی

## REFERENCES

- Adams V (2005). Principle of Neurology. 7<sup>th</sup> edition. USA. NY. Mac Grow Hill Publishing.
- Adib-zadeh S (2006) [Living with Multiple Sclerosis]. 1<sup>st</sup> edition. Tehran. Hayyan-Publishing (Persian).
- Craig CA Young M (2003). A randomized controlled trial comparing rehabilitation against standard therapy in multiple sclerosis patients receiving intravenous steroid treatment. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 74 (6)1225-1230
- Cook S T (2005). Handbook of Multiple Sclerosis, 3<sup>rd</sup> edition. USA. NY. Marcel Decker- Publishing.
- Draper P (1997). Nursing perspective on quality of life. 1<sup>st</sup> edition. UK, Rout ledge- Publishing .
- Jeffrey A (2003). Multiple Sclerosis Therapeutics, 2<sup>th</sup> edition. USA. MD- Publishing.
- Khan F (2007). Multidisciplinary rehabilitation for adults with multiple sclerosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 25(2) 68-112
- Lance D (2004). Dictionary of Multiple Sclerosis. 3<sup>rd</sup> edition. USA. NY. MD-Publishing.
- Patti F (2003). Effects of a short outpatient rehabilitation treatment on disability of multiple sclerosis patients-a randomised controlled trial. Journal of Neurology. 250 (7) 861-6.
- Rasova K (2005). Is it possible to actively and purposely make use of Plasticity and adaptability in the neurorehabilitation treatment of multiple Sclerosis patients: A pilot project. Clinical Rehabilitation. 19 (2) 170-81
- Smeltzer S Bare B (2008). Textbook of Medical-Surgical Nursing, Philadelphia. W.B. Lippincotte Co.
- Solari S (1999). Physical rehabilitation has a positive effect on disability in multiple sclerosis patients. Neurology 17 (2) 52-57
- Somers S (2002). Group therapy for people with multiple sclerosis improves complain exercise program, way ahead. Neurology. 5 (3) 33-38
- Schulz K Gold S (2004). Impact of aerobic training on immune-endocrine parameters, neurotrophic factors, quality of life and coordinative function in multiple sclerosis. Journal of Neurology Science. 225 (1-2) 8-11.
- Umphred A (2007). Neurological Rehabilitation, 5<sup>th</sup> edition. USA ST. Louis . Mosby-Publishing.
- Zohrevand P (2005). [Multiple Sclerosis and Education: A demographic study]. Abstract Book of 2<sup>nd</sup> International Congress on Multiple Sclerosis. Esfahan. Nov 20.32-38 (Persian)